LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Prophylaxie de la tuberculose, par le Dr Séailles, 17. — **Gynécologie** : Cas de vagin double et d'utérus didelphe, par M. Sibut, 19 — **Académie des sciences** : *Séance du 28 décembre* — Présidence de M. A. Cornu. — Une théorie nouvelle sur la cicatrisation et le rôle de l'épithélium antérieur de la cornée dans la guérison des plaies de cette membrane, 22. — Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax, 24. — L'énergie dépensée par le muscle en contraction statique pour le soutien d'une charge, d'après les échanges respiratoires, 24 — Nouveaux faits de radioscopie de lésions intra-thoraciques, 24, — Sur un tube de Crookes pour dynamos à courants alternatifs, 25. — **Académie de médecine** : *Séance du 29 décembre.* — Présidence de M. Hervieux, 25. — Election, 25. — Traumatisme du rachis, 25 — Arroche, 25. — Extirpation totale de la vessie pour une tumeur diffuse de cette cavité, 25 — **Société de médecine de Paris :** *Séance du 26 décembre.* — Présidence de M Ladreit de Lacharrière, 25. — Kystes et fibrômes de l'utérus et du ligament large, 26. — Les veines de la prostate, 27. — Election, 28. — **Société de chirurgie** : *Séance du 6 janvier* — Présidence de M. Ch. Monod. — Etude expérimentale sur la résection du foie chez les animaux, 28. — Coup de feu à blanc de carabine Lebel. Plaie de l'abdomen. Laparotomie. Guérison, 28. — Anévrysme cirsoïde de la région temporale, 28. — Luxation de l'extrémité supérieure du radius, avec fracture du cubitus. Résection de cette extrémité. Guérison avec retour des mouvements, 28. — Fracture de jambe compliquée de plaie, 29. — **Congrès français de chirurgie :** Le traitement des prolapsus génitaux, par le M Dr G. Bouilly; 29. — **Variétés** : Les médecins de nuit, 31. — **Nouvelles**, 32.

CLINIQUE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose (1)

Par le Dr Séailles

Messieurs, ce petit travail est le résumé des vœux que, depuis 1887, nous ne cessons de formuler, ici dans notre Société, dans nos Commissions d'hygiène d'arrondissement. Permettez-moi de vous soumettre année par année les desiderata exprimés par moi et acceptés, et par vous et par tous ceux que cette question si grave a forcé à réflechir.

Dès 1887, il y a plus de dix ans, alors qu'on s'occupait trop peu de la contagion de la tuberculose, la Commission d'hygiène du 17e arrondissement sur ma proposition prenait la décision suivante :

La contagion de la tuberculose est évidente pour tous, depuis les expériences de Villemin, depuis les faits de contagion par le domicile. Il faut donc procéder aux mesures de désinfection prescrites pour les autres maladies de cette classe. En 1888 ; poursuivant nos travaux ; je citais un cas de contagion par le local : Une concierge meurt en 1887 dans une petite loge malsaine de notre quartier. Bien entendu, pas de désinfection, pas même de nettoyage, un semblant de balayage et c'est tout; à ce moment on ne procédait pas à la désinfection, après le passage du médecin de l'état-civil, comme aujourd'hui.

Un nouveau ménage est installé de suite, à la place mortelle, il faut bien assurer le service. Le lit occupe la place de celui du mort. Le nouveau concierge, menuisier de son état, sent peu à peu ses forces l'abandonner et bientôt il est obligé de renoncer à ses occupations En 1879, il avait déjà été atteint de bronchite avec hémoptysie. Il habitait alors la Moravie. Sur ce milieu favorable, dans ce milieu contagionné, notre homme fut bientôt en pleine poussée tuberculeuse. Donc, depuis 9 ans, vivant au dehors, pas d'atteinte ; il entre dans cette loge arrosée des crachats desséchés de son prédécesseur et de suite il entre en activité, et meurt quelque temps après.

A la suite de ce fait, deuxième délibération, sur ma proposition, demandant la désinfection obligatoire des logements habités par les tuberculeux, de suite après le constat du médecin de l'état civil.

Bien entendu rien ne se fait.

En 1889, nouvelle protestation, nouveau vote pour la désinfection, même silence.

En 1890, je disais : La tuberculose va toujours progressant, elle augmente chaque année ses victimes. Il y a longtemps que je demande la désinfection totale des logements et des vêtements habituels des tuberculeux. La question est toujours discutée et jamais résolue. Il ne faut certes pas, disais-je, faire des tuberculeux un tableau tel que personne n'ose plus les aborder ; pas de nouveaux lépreux ; mais il y a lieu de prendre les plus grandes précautions vis-à-vis d'eux; il faut les éliminer de l'école par de bons conseils donnés aux parents. Il faut créer des hôpitaux spéciaux pour eux, ne pas les mélanger avec les autres malades dans les mêmes salles. La tuberculose par cohabitation débute le plus souvent par les parties supérieures de l'arbre respiratoire, par la culture et la pénétration du microbe de Koch desséché

(1) Communication à la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance.

sur le larynx, les bronches, et surtout chez les individus prédisposés et les malpropres, chez les laryngo-bronchiteux habituels qui cohabitent ou soignent les tuberculeux.

En 1891. — La tuberculose a encore enlevé à notre arrondissement 378 habitants. Depuis bien des années nous nous occupons ici, comme dans tous les autres centres scientifiques, à rechercher les moyens propres à combattre la terrible maladie. Villemin vient de mourir ; nous ne pouvons pas, traitant de cette affection, passer sans rendre hommage à cet homme de haute science, autant que de modestie et de probité, qui, le premier du monde entier, a démontré expérimentalement la contagion de la tuberculose (1868). Le bacille de Koch est partout répandu, ce n'est que depuis peu, malgré tous nos efforts, qu'on s'occupe vraiment de le combattre.

Un nombre incalculable d'animaux sont tuberculeux et la transmission du bacille par eux est sûrement des plus communes. Les bovidés sont, parmi tous, les plus sujets à l'infection (pommelière), et ces animaux servent le plus souvent à l'alimentation des hommes. Il faut donc lutter contre la propagation par cette race. Le lait est un des véhicules les plus fréquents du bacille de Koch (1). Chez des vaches tuberculeuses sans lésions mammaires, on trouve le bacille dans le lait. La pasteurisation, la stérilisation, auxquelles on a recours aujourd'hui, le détruisent. Il faut conseiller cette pratique à tous les gens qui usent de lait d'origine inconnue. Les abats (foie, rate, poumons, cervelle, etc.), sont le plus souvent infectés. Le règlement du 28 juillet 1888 en ordonne la destruction. Mais la viande de ces animaux est vendue. Le Congrès de 1888 a émis le vœu qu'aucune partie d'un animal atteint ne soit mise en circulation, pourtant cela se fait tous les jours. D'expériences faites par le « Veterinary département of the Board of Agriculture », il résulte que des viandes d'animaux tuberculeux, cuites suivant la méthode ordinaire, ont infecté lapins et cobayes qui les avaient absorbées.

Devant ces preuves, la commission émet le vœu que de sévères mesures soient prises contre ces dangereuses pratiques.

Ptus de trafic d'animaux tuberculeux, ni de leur lait. Désinfection des étables, des maisons contaminées, des murs, des planchers, arrachement et destruction par le feu des papiers tapissant des locaux où sont décédés des tuberculeux.

En 1892. Il y a 529 décès dans le 17e arrondissement et je fais émettre le vœu suivant :

Répandre partout des imprimés contenant les règles d'hygiène à observer en présence des tuberculeux : destruction des crachats, lavage des planchers, obligation pour les propriétaires, sous peine de fortes amendes, de faire désinfecter les appartements, logements ou chambres où seraient morts des bacillifères, de ne pouvoir louer à nouveau, sans remise à neuf, qu'après désinfection certifiée.

En 1893. Poursuivant cette campagne je disais dans mon rapport. Nous arrivons à la grande faucheuse, la tuberculose. Eh bien ! messieurs, le tableau est de plus en plus navrant, tous les ans, le chiffre des décès par cette maladie augmente dans des proportions effrayantes. Depuis plusieurs années je n'ai cessé de réclamer des mesures énergiques contre l'envahissement croissant de la tuberculose ; cette année nous avons encore à déplorer 564 décès ; c'est le chiffre le plus élevé que nous ayons atteint dans le 17e arrondissement.

Certes l'administration fait de louables efforts, mais le résultat est bien minime. Avec un entêtement, dont personne ne nous tiendra rancune, j'en suis sûr, nous continuerons sans cesse notre triste, mais utile campagne.

Nous sommes toujours d'avis que la désinfection, telle qu'elle est pratiquée, est insuffisante. Nous avons il y a 5 ou 6 ans signalé deux cas de véritable contagion par le logement. Depuis cette époque les observations de ce genre sont des plus nombreuses, et de tous côtés commencent à s'élever des cris semblables au nôtre.

Il est de notre devoir de ne pas cesser nos réclamations et de faire notre possible pour arriver, au nom du salut public, à des mesures dont le minimum peut se résumer ainsi :

1° Grande sévérité dans les autorisations de constructions nouvelles, surtout au point de vue du cubage des pièces, de l'éclairage, de l'aération ;

2° Elargissement ou plutôt prohibition de ces puits, appelés courettes, où s'emmagasinent les immondices, bons bouillons de culture, où l'air ne se renouvelle jamais, où la lumière solaire ne peut pas pénétrer. Etablissement de grandes cours entre les immeubles ;

3° Arrachement et destruction par le feu des papiers tapissant les chambres contaminées, passage à l'étuve de tout le contenu. Rabottage et grattage des planchers. Désinfection avant et après ce travail ;

4° Application rigoureuse des règlements de police, violés tous les jours, aux tenanciers de garnis et hôteliers, qui louent en chambrées et font habiter des pièces en 2e jour.

5° Désinfection de tous les lieux publics fermés, théâtres, cafés, établissements de bains, écoles, collèges et lycées, casernes, wagons de chemin de fer, omnibus et tramways, etc. Certificat annuel de désinfection délivré par l'administration.

Peut-être ainsi arriverons-nous, nous n'osons pas dire à supprimer, mais tout au moins à arrêter dans sa marche toujours croissante cette terrible maladie. Quelles mesures, mêmes vexatoires, ne prend-on pas à l'apparition, rare aujourd'hui, grâce probable-

(1) Quatre échantillons sur dix reconnus infectés tout récemment (laboratoire municipal).

ment à ces rigueurs employées, des épidémies de choléra, de typhus, etc. Et certes, ces maladies sont loin d'être aussi homicides que celle que nous ne cessons de poursuivre.

En 1894 et en 1895, je fais renouveler ces vœux. La désinfection se fait depuis 1892 et le nombre des demandes est de plus en plus grand. Mais on n'en est pas encore aux désinfections pendant le cours de la maladie. Cependant, devant le chiffre effrayant et croissant des morts, les pouvoirs publics s'émeuvent et une grande commission est nommée pour étudier enfin les mesures prophylactiques (que nous demandions depuis si longtemps) à employer et dans les hôpitaux et dans les bureaux de bienfaisance, après un travail éclos de notre Société et publié dans la *Médecine moderne*.

La plupart des *desiderata*, pour ne pas dire tous, ont été effleurés ou indiqués dans les travaux de longue haleine dont je vous donne communication. Aujourd'hui nous entrons dans la voie de l'application, je résumerai donc ci-dessous les mesures que nous pensons nécessaires à notre service des indigents à domicile, — pour éviter, autant que possible, avec nos moyens trop restreints, la propagation de la tuberculose. Ce sera la conclusion et le résumé de nos efforts antérieurs.

Chez les indigents du service à domicile, il faut : 1° s'occuper de neutraliser la nocivité des crachats, puisqu'il est reconnu que c'est de leur dessiccation et de leur dissémination que provient en plus grande partie la contagion. Il faudra donc distribuer, sur un bon du médecin traitant, un crachoir en verre épais et un liquide destructif du bacille (liqueur de Van Svieten colorée ou odorisée par un produit à odeur forte). Sur la bouteille sera indiqué par une grande étiquette rouge les doses à employer (Travaux des Dr Bimsenstein, Bouloumié, Petit, etc). Pas de sable, pas de sciure de bois trop facile à faire voltiger, soit en crachant, soit en déplaçant le crachoir. Peut-être une ouate de bois arrosée de liquide antiseptique.

2° Distribuer une brochure à chaque indigent qui a chez lui un tuberculeux ; cette brochure faite dans une manière simple, indiquera ce qu'il faut faire pour éviter la contagion, les soins de propreté du crachoir, du ménage.

Insister sur le danger des crachats, sur la substitution du lavage de la chambre au balayage, sur le danger de l'emploi des mêmes objets de toilette, de fourchettes, cuillers, verres, etc.

Annoncer les désinfections qui seront répétées obligatoirement et faites par l'administration compétente, etc.

3° Procéder à la désinfection répétée des locaux habités par les tuberculeux.

Lavage des parquets avec solution antiseptique. Pulvérisation au sublimé dans toute la chambre, sur tous les objets la garnissant. Cette désinfection faite par le service des étuves tous les mois et sans déplacemen du malade. Tous les deux mois enlèvement de ous les objets de couchage du malade pour passage l'étuve. Pendant ce temps prêter à l'indigent matelas et couvertures. Toutes les semaines ou tous les quinze jours faire prendre le linge, mouchoirs serviettes et draps à l'usage du malade, les passer, à l'étuve et les lui rapporter le plus vite possible.

Voilà, je crois, ce que l'administration doit faire au point de vue strictement prophylactique. Mais si l'on pouvait, ou plutôt si l'on voulait prendre, devant une situation aussi grave, des mesures plus radicales encore, faire des sacrifices plus grands, on rendrait un éminent service à la population de Paris.

L'argent placé ainsi rapporterait de gros intérêts en conservant à la France, déjà si peu productrice, un grand nombre d'hommes utiles et valides. De l'avis de tous ceux qui s'intéressent à cette navrante question, il ne faut pas hospitaliser les tuberculeux en commun dans nos grandes casernes hospitalières. Il faut les diviser le plus possible. On pourrait peut-être, et c'est là une idée que je vous soumets, sans y tenir absolument, créer autour de Paris, dans le zone militaire ou dans les bastions inoccupés de petits hôpitaux-chalets, facilement destructibles, où l'on enverrait les tuberculeux qui le désireraient.

A portée de chaque arrondissement périphérique un, deux ou trois chalets seraient installés pour les malades de la circonscription désignée ; la famille peu éloignée pourrait visiter facilement les malades aimés et au besoin, le médecin du bureau de bienfaisance de l'arrondissement limitrophe pourrait y donner les soins aux indigents tuberculeux qui y seraient transportés.

Ce n'est qu'une idée, mais des idées émises jaillit souvent la lumière. Malgré tout il faut arriver par un moyen ou par un autre à préserver la Société de cette barbare invasion. Au plus vite les sanatoria, au plus vite les petits hôpitaux-chalets, plus d'agglomération et à bientôt une ère nouvelle, où la tuberculose ne sera plus qu'une rareté, comme la variole.

GYNÉCOLOGIE

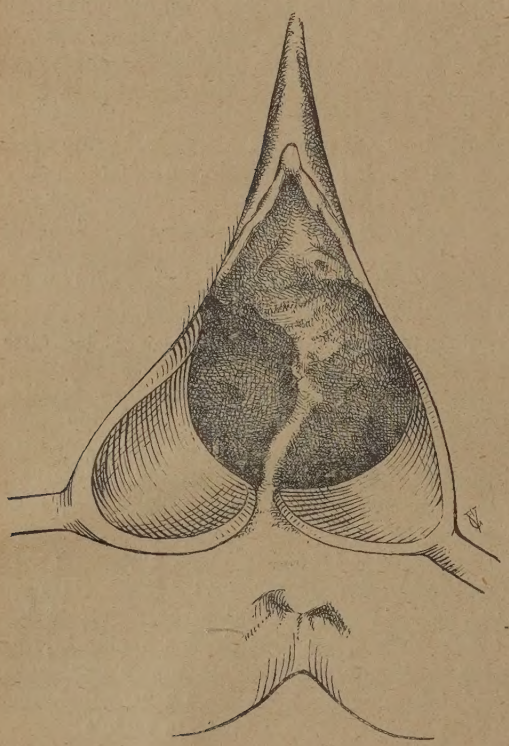
Cas de vagin double et d'utérus didelphe

par M. Sibut, interne de Saint-Lazare

Le 29 septembre 1896 entra dans le service du Dr Jullien une nommée A..., âgée de 17 ans 1/2, avec le diagnostic de végétation du vagin. A l'examen, dès l'ouverture des petites lèvres, on voyait effectivement un papillome; mais en cherchant le point sur

lequel cette petite tumeur s'implantait, on constatait l'existence d'une cloison médio-vaginale. Chez cette malade par conséquent, la cloison formée pendant la vie embryonnaire, par l'accolement des deux canaux de Muller ne s'était pas résorbée, d'où deux vagins, dans chacun desquels, d'ailleurs, saillissait un col utérin. Il nous a paru intéressant de signaler et de décrire cette persistance fœtale.

A... est fille d'ouvriers parisiens et ne parait pas avoir d'héritage pathologique. Son père se porte bien, sa mère est morte à son 14e accouchement, en mettant au monde un mort-né. De ses 13 grosseses précédentes, deux s'étaient terminées par des fausses couches. Sur les 11 enfants venus au monde, deux



sont morts : un à trois jours, l'autre, une petite fille, à 14 ans, peu de temps après la formation, (elle avait vu 3 fois à peu près) à la suite d'une peur ressentie au moment des menstrues. La mort survint en 7 jours, le diagnostic médical est inconnu des parents, Des 9 enfants vivants, les trois garçons ont tous été déclarés bons pour le service par le conseil de révision. Sur les 6 filles, 2 sont mariées, l'une a eu 4 enfants, l'autre sans enfants a été soignée pour une affection abdominale à Tenon. Restent 3 jeunes filles normalement réglées, et la malade.

Nous avons pu examiner les deux sœurs mariées et chez l'une comme chez l'autre nous n'avons pu que constater l'existence d'organes génitaux parfaitement normaux.

Cette femme dont les organes génito-urinaires externes ne présentent rien d'anormal — tout au plus pourrait-on noter que les orifices des follicules préuréthraux sont énormes, déchiquetés, irréguliers — montre à l'ouverture de la vulve une cloison médio-vaginale antéro-postérieure séparant le canal vaginal en deux conduits secondaires exactement semblables.

Ces deux vagins sont normaux : d'ailleurs la malade, une prostituée, ne s'est jamais doutée de sa malformation ; le coït devait très probablement s'opérer indifféremment, par l'un ou l'autre organe, l'intromission du doigt ou d'instruments étant aussi aisée pour l'un que pour l'autre. (Voir la fig).

La cloison, formée par l'accolement des parois internes des deux organes, disparaît en haut pour se réfléchir sur les deux cols utérins. En bas elle décrit une courbe à concavité dirigée en bas et en avant, s'étendant de la face postérieure du méat à la fourchette sur laquelle elle projette une languette charnue, véritable cap, qui s'avance jusqu'à 1 centimètre du bord libre de la fourchette. Le point culminant de cette courbe, quand elle est déprimée par l'instrument mensurateur, est à 3 centimètres 1/2 de l'orifice vulvaire.

Cette cloison n'est pas perforée, on peut introduire dans un des vagins la canule de l'injecteur, dans l'autre le doigt, sans que le doigt soit mouillé par le liquide de l'injection. Palpée entre les deux index enfoncés dans les deux vagins, la cloison paraît avoir l'épaisseur de 3 peaux de gants superposées.

Si l'on place le spéculum à tour de rôle dans chaque conduit, on voit dans chacun d'eux saillir un col utérin ; ces deux cols sont complètement indépendants l'un de l'autre et appartiennent à deux utérus. Le cathétérisme combiné des deux cavités utérines témoigne en effet de l'absolue indépendance des deux organes. Le cathétérisme de l'utérus gauche donne 7 centimètres, mais pour le droit, quelque inclinaison que l'on imprime à l'instrument on ne peut dépasser 6 centimètres. La direction à donner au cathéter, pour la mensuration de l'utérus gauche est de gauche à droite, il faut donc que l'instrument par sa tige flexible décrive une légère courbe à concavité dirigée à droite.

Par le toucher vaginal on sent les deux organes indépendants, les culs-de-sac libres. Le toucher rectal donne plus de renseignements, on sent les deux utérus d'abord accolés se séparer bientôt. Entre eux on perçoit comme un éperon de tissu d'union. Là encore on trouve l'utérus droit petit, le gauche, normal, se dirige un peu à droite, en tout à fait légère latéro-flexion.

Nous avons dit que le coït était facile ; il nous a été

donné d'examiner la malade pendant une période menstruelle et de constater ainsi que l'écoulement cataménial se faisait par les deux museaux de tanche.

A... est réglée depuis l'âge de 13 ans 1/2, ses règles ont toujours été régulières et durent 8 jours en moyenne, mais le flux sanguin est de peu d'importance malgré sa durée.

En enlevant la petite tumeur papillomateuse que nous avons dit siéger sur la cloison médio-vaginale, nous prîmes un morceau de cette cloison. Pensant qu'il serait intéressant d'en connaître la structure histologique; nous avons prié notre maître, le docteur Jullien, de demander cet examen à M. Pillet, dont la compétence histologique nous en assurait l'exactitude.

D'après M. Pillet voici la structure de la cloison séparant les deux vagins :

« Les coupes sont constituées de dehors en dedans par 3 plans : 1° d'épithelium pavimenteux stratifié avec papilles bien accusées ; 2° un chorion lâche très épais, richement vascularisé ; 3° une charpente qui occupe le centre de la pièce et est constituée par des fibres lisses disposées en faisceaux grêles, feutrés dans tous les sens, au milieu d'un tissu conjonctif plus dense que celui du chorion sus-jacent. »

Voilà donc un cas bien net de persistance de l'état de formation primitive des organes génitaux et copulateurs chez la femme.

L'existence se précise chez notre malade de deux organes indépendants; l'anatomie si caractéristique de ces deux organes dédoublés, vagin et utérus, de notre malade, ruine une fois de plus l'opinion des naturalistes allemands soutenant la théorie du développement du vagin par 3 points distincts. (Centralblatt f. Gynækologie, 1878, p. 303.)

Pour eux, en effet, la partie supérieure seulement du vagin tiendrait à l'évolution des canaux de Muller, sa partie inférieure dépendant de l'excavation vulvaire.

Ces deux points une fois constitués seraient réunis par une partie moyenne résultant d'une sorte de travail de résorption, détruisant le tissu conjonctif qui les séparait primitivement.

Cette opinion est maintenant insoutenable ; comment admettre, en effet, que chez notre malade, il ait pu se produire un travail de résorption, en quelque sorte parallèle à lui-même, détruisant à droite et à gauche, destruction suivie de la réunion parfaite par inosculation des deux bouts supérieur et inférieur de chaque vagin?

Il est évident que, si pareil processus avait lieu dans l'évolution embryonnaire, comme par essence il n'aurait pu qu'être synchronique à droite et à gauche, il n'eut pas manqué d'aboutir à la fusion des deux vagins ou tout au moins eut-il laissé comme témoignage de son existence une solution de continuité vers la partie médiane de la cloison intervaginale.

Donc vagin et utérus sont bien formés par l'adossement de la portion inférieure des deux canaux de Muller, qui par leur partie supérieure constituent les oviductes.

La cloison établie de cette façon par leur accolement se résorbe dans le 2e mois de la vie fœtale, déterminant ainsi la simplicité des organes génitaux féminins.

Cette résorption se conçoit aisément si l'on veut se rappeler les constatations anatomiques résultant de l'examen histologique de la cloison intervaginale de notre malade. Au-dessous d'un épithelium pavimenteux et d'un chorion lâche, on voit un feutrage de fibres musculaires grêles, n'affectant aucune direction génératrice, entremêlées à du tissu conjonctif assez dense.

Or cette cloison est formée par l'adossement des deux conduits de Muller et nulle part le microscope ne décèle la présence d'une ligne de démarcation quelconque, si faible soit elle, entre la charpente musculaire de chacun de ces conduits. Tout au contraire, les fibres musculaires s'entre-croisent dans tous les sens. Il y a donc plus dans la formation primitive du vagin qu'un simple accolement des deux canaux de Muller, suivi bientôt de leur conjonction.

Il y a fusion des éléments anatomiques constituant comme leur squelette, fusion suivie ensuite d'une disparition que l'on comprend alors très bien simultanée pour les deux conduits.

La conclusion qui se peut tirer de ces faits c'est que, probablement, les canaux de Muller se soudent entre eux, dès leur accolement, par un échange d'éléments constituants.

Ils acquièrent ainsi avant de se simplifier en un organe adulte unique, une vie physiologique commune.

L'anatomie comparée bénéficie de la constatation et de l'observation de semblables phénomènes. Elle peut grâce à eux marquer une des étapes faites par la nature dans son œuvre d'organisation de l'échelle naturelle dont le terme ultime est l'homme.

Les Marsupiaux et les monotrèmes possèdent normalement un vagin double et un utérus double. Le lièvre, le cobaye, l'écureuil ont un double utérus et un vagin unique.

Certains mammifères ont deux vagins et un seul utérus; on conçoit ainsi la chaîne ininterrompue reliant les différents êtres entre eux.

Disons en terminant que si nous nous sommes étendus si longuement sur les antécédents familiaux de la malade, c'est qu'il nous paraissait intéressant au premier chef de savoir si parmi les frères et sœurs ou les ascendants de notre malformée, il n'existait aucune tare dans la structure.

Comme on l'a vu, nos recherches sont restées vaines.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 décembre. — Présidence de M. A. Cornu.

Une théorie nouvelle sur la cicatrisation et le rôle de l'épithélium antérieur de la cornée dans la guérison des plaies de cette membrane — M. L. Ranvier. Dans une communication antérieure (1), m'appuyant sur les phénomènes que j'avais observés dans l'endothélium du péritoine, j'avais été conduit à formuler une théorie nouvelle sur la cicatrisation. Cette théorie a guidé quelques histologistes dans leurs recherches sur l'inflammation, considérée d'une manière générale, et sur l'adhésion des séreuses ; je citerai entre autres MM. Letulle et Cornil. Elle n'a pas toujours été bien comprise, c'est ce qui m'engage à la formuler de nouveau Ce qui caractérise surtout cette théorie, c'est qu'elle fait concevoir la réunion des plaies, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir aucune multiplication cellulaire, l'hypertrophie, l'extension et le déplacement des cellules préexistantes suffisant à assurer la formation d'une cicatrice. Je ne veux pas dire par là que l'on ne puisse observer dans les plaies les phénomènes de la multiplication cellulaire. Ce serait aller contre l'évidence même. Je veux seulement soutenir que cette multiplication, quand elle se produit, n'est point indispensable, ou plutôt qu'elle n'a qu'une valeur secondaire.

Lorsque, après avoir coupé un nerf, j'en suis pas à pas la régénération, jobserve que les cylindres-axes du segment central bourgeonnent et végètent, jusqu'à reconstituer, dans son entier le nerf dont le segment périphérique a d'abord dégénéré sous l'influence de la section. Dans la formation de cette immense cicatrice, il n'y a pas essentiellement de multiplication cellulaire. Le cylindre-axe n'est, en effet, que l'un des prolongements d'une cellule nerveuse multipolaire située dans les centres nerveux, et la formation de nouveaux segments interannulaires, qui constituent autant de cellules, n'est qu'un phénomène accessoire.

On le voit par cet exemple, j'étais bien préparé par mes travaux antérieurs à entreprendre, avec quelque espérance de succès, des recherches sur la cicatrisation. J'ai commencé ces recherches il y a plus d'une année.

La cornée transparente de l'œil est un admirable organe pour les recherches histologiques. On y a fait des découvertes de premier ordre et d'une portée très générale. Certaines de ces découvertes ont été faites sans qu'il ait été nécessaire de soumettre la membrane à l'action d'aucun réactif. J'en rappellerai deux pour appuyer mon dire : celle de la migration des cellules lymphatiques (Recklinghausen), celle des nerfs intra-épithéliaux (Hoyer). La cornée a, comme on le sait, une constitution fort simple. Il y a lieu d'y distinguer l'épithelium antérieur, une lame conjonctive dépourvue de vaisseaux et en arrière une seule rangée de cellules endothéliales reposant sur une membrane vitrée, la membrane de Descemet. L'épithélium antérieur est formé de plusieurs couches de cellules épithéliales : les profondes sont cylindriques, les moyennes cubiques, les superficielles aplaties. Parmi les profondes on en observe toujours quelques-unes qui diffèrent de leurs voisines par certains caractères: elles se colorent plus vivement par le carmin, l'hématoxiline et la plupart des autres réactifs colorants ; elles sont minces, comme comprimées. Ce sont les cellules à pied des auteurs allemands. Cette dénomination n'est pas très bonne, mais elle a été acceptée et je la conserve. Les cellules à pied ne constituent pas une espèce distincte. Plus molles et plus chargées de matériaux nutritifs que celles qui les entourent, parce qu'elles sont en évolution formative, elles se sont laissé comprimer par elles ; c'est pour cela qu'elles sont plus minces. La connaissance et l'observation de ces cellules est indispensable pour comprendre ce que je vais dire maintenant du rôle de l'épithélium antérieur de la cornée dans la cicatrisation de cette membrane.

J'ai expérimenté chez le lapin. Pour inciser la cornée je me suis servi tantôt d'un couteau à cataracte, tantôt d'un couteau à lame cachée, comme celui que j'avais fait construire jadis pour faire des incisions circulaires de la cornée dans le but d'y suivre le trajet des nerfs (1).

C'est un phénomène très merveilleux, et dont seront surpris tous ceux qui répéteront ces expériences, que la rapidité avec laquelle se guérit une coupure de la cornée. Vingt-quatre heures après l'incision, il s'est formé sur la surface de section un nouveau revêtement épithélial et la membrane n'a rien perdu de sa transparence. Après avoir constaté ce fait remarquable, j'ai fait à son sujet des recherches bibliographiques. L'expérience avait été déjà faite par le professeur von Wyss (2), de Zurich.

Avant de lire son Mémoire, j'avais une opinion sur la cause du phénomène. Cette opinion diffère complètement de la sienne. Von Wyss admet que les cellules épithéliales qui remplissent la solution de continuité résultent de la prolifération des cellules anciennes. Je soutiens au contraire qu'elles proviennent du glissement des cellules épithéliales préexistantes et de leur effondrement successif dans la solution de continuité. C'est là une conception si nouvelle, c'est-à-dire à laquelle on est si peu préparé, que je dois l'étayer solidement par des faits. Ces faits sont difficiles à recueillir. Des expériences fort simples peuvent les produire. Je les dégagerai de tout ce qui me paraît accessoire, afin d'en faire mieux saisir la signification.

Ces expériences consistent à pratiquer sur la cornée d'un lapin vivant des incisions plus ou moins profondes, plus ou moins nombreuses, plus ou moins rapprochées et d'attendre plus ou moins longtemps avant de sacrifier l'animal pour examiner les cicatrices. Cet examen est fait sur des coupes perpendiculaires à l'incision, faites après durcissement dans la liqueur osmochromoacétique de Flamming et coloration, soit par l'hématoxyline, soit par le picrocarmin.

Vingt-quatre heures après que l'on a pratiqué une incision passant par l'axe de la cornée et comprenant à peu près le quart de l'épaisseur de la membrane, on constate que les deux lèvres de l'incision sont écartées et que la petite plaie, qui affecte la forme d'un coin, est entièrement remplie de cellules épithéliales. Ces cellules sont soudées les unes aux autres, et celles d'entre elles qui reposent sur les lèvres de la plaie sont également soudées aux lames cornéennes ou plutôt, à la section de ces lames. Si l'incision a été plus pro-

(1) *De l'endothélium du péritoine et des modifications qu'il subit dans l'inflammation expérimentale; comment il faut comprendre la guérison des plaies par réunion immédiate* (*Comptes rendus*, t. CXII, p. 842 ; 1891).

(1) *Leçon sur la cornée*, p. 398 ; 1881.

(2) *Arch. de Virchow*, t. LXIX, p. 24 ; 1877.

fonde; si, par exemple, elle a compris le tiers ou la moitié de l'épaisseur de la cornée, la solution de continuité n'est pas entièrement comblée. La petite plaie est bien tapissée de cellules épithéliales dans toute son étendue, mais il reste à son niveau un léger vallon. Dans l'un et l'autre cas, les phénomènes que je vais décrire maintenant sont à peu près les mêmes; ils sont cependant un peu plus accusés dans le second.

L'ancien revêtement épithélial de la membrane de chaque côté des lèvres de la plaie, bien loin de montrer les signes d'une suractivité nutritive ou formative, comme on avait le droit de s'y attendre d'après les théories régnantes sur l'irritation inflammatoire, est, au contraire, singulièrement atténué. Il est diminué de hauteur; au lieu de 40 à 50 μ, qui est sa hauteur normale, il ne mesure plus que 20 à 25 μ. Sa structure aussi est modifiée; la couche moyenne des cellules cubiques a disparu en partie ou en totalité et les cellules cylindriques profondes se sont élargies et ont perdu de leur hauteur. On ne voit plus parmi elles de cellules à pied. A partir du bord de la plaie, ces modifications, très accusées d'abord, s'affaiblissent peu à peu. On en retrouve souvent des vestiges à plus de 1 mm. Je crois qu'elles se poursuivent plus loin encore. Elles ne sont point du tout de nature irritatives. J'estimai de suite qu'elles étaient d'ordre mécanique, et voici l'explication qui me vint naturellement à l'esprit. Les cellules profondes de l'épithélium cornéen sont, à l'état de tension, comme des billes molles et élastiques comprimées dans un sac. Si l'on fend en un point la paroi du sac, les billes s'en échapperont, cela est evident.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai fait deux sortes d'expériences. Les premières ont consisté à examiner les plaies de la cornée, de suite après l'incision et au bout de quelques heures. De suite après, la section de l'épithélium est nette et la solution de continuité ne contient rien ou seulement quelques débris que je crois sans importance.

Peut-être d'autres en trouveront plus tard. Cependant, ils ne s'y attacheront pas, s'ils veulent examiner, comme je vais le faire, la cornée quatre et six heures après l'incision. Ils verront se dégager de l'épithélium, au niveau de chaque surface de section, un bourgeon épithélial qui s'avance vers le fond de la plaie en rampant, pour ainsi dire, sur ses lèvres. Au fur et à mesure que les cellules épithéliales, par suite de l'écoulement de la masse, arrivent au contact de la section d'une lame cornéenne, elles s'y accolent et s'y fixent au moyen d'une substance gluante qu'elles sécrètent. C'est sans doute la même substance que celle qui les unit entre elles, substance qui, tout en les unissant, leur permet pourtant de se déplacer les unes par rapport aux autres.

Lorsque les deux bourgeons épithéliaux émis sur chacune des lèvres de la plaie, par suite de leur extension, arrivent à se toucher, ils se soudent à l'aide de la même substance, et l'on ne peut plus distinguer alors les cellules qui ont appartenu à l'un ou à l'autre des bourgeons.

J'arrive à ma dernière expérience. Elle me semble entièrement démonstrative. Pour la faire, j'utilise le couteau double de Valentin C'est un couteau formé de deux lames parallèles que l'on peut rapprocher ou éloigner à volonté et dont on fait usage, en histologie, pour faire dans des tissus mous des coupes microscopiques. J'écarte les lames de 1 mm et je fais du même coup, dans la cornée, deux incisions parfaitement parallèles. Il est rare, quelque soin qu'on y mette, que ces deux incisions soient également profondes, et même que chacune ait une profondeur égale sur tout son trajet.

Ces inégalités sont elles-mêmes instructives. Je suppose le cas, je l'ai sous les yeux, où une des incisions est profonde et l'autre superficielle. Le revêtement épithélial de la membrane compris entre elles deux est réduit à deux couches : une profonde, formée de cellules cubiques rangées les unes à côté des autres; une superficielle, constituée par plusieurs rangées de cellules lamellaires. Les deux couches ont à peine l'épaisseur de 20 μ. Il est clair que la plupart des cellules épithéliales de cette région ont été refoulées et se sont effondrées dans les deux solutions de continuité qui l'avoisinent. Voyons maintenant ce qui s'est passé de l'autre côté des deux incisions. La profonde d'abord : on y constate l'amincissement graduel de l'épithélium, dont j'ai déjà parlé, et des modifications cellulaires qui l'accompagnent. Ces phénomènes sont très accusés, tandis qu'ils sont à peine marqués sur le bord externe de l'incision superficielle. Il a fallu très peu de cellules pour remplir la perte de substance de cette dernière plaie, et elle n'en a pas empruntées assez à l'épithélium avoisinant pour y laisser des traces manifestes. Cette expérience m'a paru entièrement concluante, et je crois qu'elle ne laissera aucun doute dans l'esprit de ceux qui voudront bien la répéter.

Une question sera, sans conteste, posée par ceux qui m'ont suivi jusqu'à maintenant. Observe-t-on dans l'épithélium qui comble la plaie et dans celui qui la borde des signes d'une multiplication cellulaire? A cette question je répondrai que je n'y ai jamais observé une figure de karyokinèse ou division indirecte. Reste la division directe. Aujourd'hui, quand on voit en un point beaucoup de cellules qui paraissent nouvelles parce qu'elles sont abondantes et qu'on n'y observe pas de figures karyokinétiques, on se laisse entraîner à penser et même à écrire que ces cellules proviennent des anciennes cellules multipliées par le mécanisme de la division directe. Je pense que souvent on se trompe. Je crois avoir quelque autorité pour le dire, puisque j'ai été le premier à avoir suivi pas à pas tous les phénomènes de ce mode de la multiplication cellulaire.

Il ne suffit pas d'observer deux ou un nombre plus considérable de noyaux dans des cellules pour dire que ces cellules sont destinées à se multiplier. Je suis de l'avis de Flemming et je pense avec cet auteur, sans cependant généraliser autant que lui, que les cellules à deux noyaux ne sont pas destinées nécessairement à la multiplication par division. Les cellules nerveuses des ganglions sympathiques du lapin ont deux noyaux, celles de l'épithélium buccal du cochon d'Inde ont deux noyaux également : cependant elles ne se divisent pas. Je pourrais en donner bien d'autres exemples encore.

Au fond de la plaie de la cornée, au bout de vingt-quatre heures, il y a des cellules qui ont deux ou un nombre plus considérable de noyaux : j'en ai vu jusqu'à six; mais de vraies divisions cellulaires je n'en ai pas observées. Du reste, il y en aurait quelques-unes que cela n'enlèverait rien à la valeur des faits que je viens de signaler.

J'ai laissé de côté avec intention tout ce qui est relatif aux plaies pénétrantes de la cornée. Je n'ai pas parlé non plus des modifications de la lame conjonctive qui surviennent à la suite des incisions superficielles de la membrane.

Cela m'aurait entraîné bien au delà des limites qui me sont imposées. »

Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax. — M. Ch. Bouchard Depuis mes dernières communications sur ce sujet (1), j'ai eu l'occasion de vérifier, bien des fois, la concordance qui existe dans l'exploration des maladies du thorax entre les données que fournit la percussion et celles que donne la radioscopie, l'ombre portée sur l'écran phosphorescent marquant en teintes sombres les régions où l'on constate la matité. Plusieurs fois, la radioscopie a révélé ce que les autres moyens de l'exploration physique avaient laissé inaperçu, ce que même ils ne révélaient pas après un nouvel examen.

Il m'est arrivé, en examinant à l'aide des rayons de Rœntgen un thorax suspect, de découvrir vers l'une des bases une teinte un peu obscure et inégalement obscure : l'oreille, appliquée sur la zone ainsi signalée à l'attention, constatait l'existence de frottements.

Un malade m'est présenté sans renseignements, sans que je puisse le voir dans l'obscurité de la chambre noire. Un côté du thorax est brillant; l'autre côté, le gauche, est ombré dans toute la hauteur. Je conclus qu'il s'agit soit d'un épanchement pleurétique, soit d'une infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche. La remarque que le médiastin n'est pas dévié à droite me fait repousser l'idée de pleurésie. Les autres modes de l'exploration confirment le diagnostic d'infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche

J'ai montré également, avec une netteté parfaite, la tumeur que formait, à droite de la colonne, chez une petite fille, la masse d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Un malade, qui venait d'être admis à l'hôpital et qui n'avait encore été soumis qu'à un examen sommaire, m'est amené parce qu'il présente des battements à droite du sternum et parce que, au cas où il s'agirait d'un anévrysme de l'aorte, on est curieux de savoir ce que donnerait la radioscopie. Je constate, dans la portion droite du thorax, en continuité avec l'ombre du sternum, une zone sombre, anormale. Mais, en même temps, je reconnais l'absence, à gauche, de l'ombre du cœur. Je conclus non à un anévrysme de l'aorte, mais à une ectopie du cœur qui, ne se trouvant pas à gauche, doit battre à droite. La palpation, la percussion, l'auscultation confirment ce diagnostic séance tenante.

Sur un autre malade chez lequel, par les procédés accoutumés, j'avais diagnostiqué un anévrisme de la crosse de l'aorte, l'écran phosphorescent m'a montré la tumeur avec son siège, sa forme, son volume.

En dehors de l'anévrysme, j'ai pu voir les dilatations aortiques dessiner à droite et à gauche du sternum, par une courbe un peu moins éclairée que le fond du thorax, les portions débordantes du vaisseau.

De même j'ai reconnu les hypertrophies du cœur, compensatrices des scléroses artérielles ou rénales et j'ai vu dans ces cas, les oreillettes battre à droite du sternum.

Ces faits, joints à ceux que j'ai communiqués antérieurement, montrent que l'emploi des rayons de Rœntgen, qui rend au chirurgien de si grands services pour l'étude des lésions osseuses ou pour la recherche des corps étrangers métalliques, est tout aussi précieux pour le médecin. La démonstration est faite pour la maladies du thorax. L'application de la radioscopie à l'étude des maladies de l'abdomen m'a, jusqu'à ce jour, donné des résultats moins satisfaisants. Je vois très nettement la voûte que forme la face convexe du foie, mais j'arrive rarement à délimiter la partie inférieure de cet organe. Je ne vois pas les reins. Je n'ai pas pu distinguer un volumineux cancer de l'estomac. Une seule fois j'ai entrevu, d'une manière incertaine, la tête du fœtus dans un cas de grossesse. Mais l'estomac apparaît nettement comme une tache claire sur le fond sombre de l'abdomen à la condition, toutefois, qu'il contienne du gaz.

En faisant usage de bobines puissantes, qui élèvent la tension des courants alternatifs au point de fournir des étincelles de 40 cm, j'ai pu triompher de la résistance que le thorax de l'adulte oppose aux rayons invisibles et j'ai fait apparaître sur l'écran phosphorescent le détail des organes de la poitrine. J'espère, en augmentant encore la puissance de pénétration des rayons, traverser aussi la masse des organes beaucoup plus résistants de l'abdomen. »

L'énergie dépensée par le muscle en contraction statique pour le soutien d'une charge, d'après les échanges respiratoires. — MM. A. Chauveau et J. Tissot.

Nouveaux faits de radioscopie de lésions intrathoraciques. M. J. Bergonié. — J'ai été assez heureux pour répéter avec le plus entier succès les curieuses expériences de M. le professeur Bouchard sur les applications des rayons de Rœntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des lésions intrathoraciques.

Les malades que j'ai pu examiner provenaient du service de M. le professeur Arnozan à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ils avaient été préalablement très soigneusement percutés et auscultés par lui-même, par M. le Dr Cassaët, professeur agrégé à la Faculté et par moi-même. A la suite de cet examen on avait d'abord tracé sur leur thorax les diverses zones de matité révélées par les moyens cliniques ordinaires, au moyen d'un crayon dermographique. Ils étaient ensuite soumis à l'examen radioscopique et l'on traçait encore dans l'obscurité une seconde courbe analogue limitant les zones claires des zones sombres, Il ne pouvait y avoir de cette façon aucune erreur ni aucune tentative inconsciente de parfaire une coïncidence approximative. Des fils de plomb ont été également maintenus sur le thorax au moyen de collodion pour limiter par une ligne bien visible au radioscope les zones claires des zones sombres.

Les résultats ont été toujours parfaits comme coïncidence : à une zone de matité a toujours correspondu une zone d'opacité plus ou moins complète. La coïncidence était parfois étonnante de précision.

Chez un tuberculeux dont les deux poumons étaient envahis, l'image sur l'écran radioscopique présentait des taches irrégulières sur un fonds d'ailleurs bien moins lumineux que d'ordinaire. L'auscultation avait révélé chez lui une quantité de cavernules irrégulièrement distribuées.

Sur deux malades atteints de pleurésie unilatérale, une différence énorme a été constatée entre la transparence des deux poumons. Chez le premier malade, une femme atteinte de pleurésie purulente, le sommet du poumon apparaissait très transparent, mais la ligne de démarcation peu nette, comme à la percussion. Les seins assez développés formaient une ombre intense et limitée qui, tout d'abord, avait

(1 Voir *France Médicale*, 1896, n° 51 p. 827 et n° 52)p. 839.

induit en erreur. Chez le second pleurétique, chez lequel une zone de matité très nettement limitée avait été trouvée, on détermina également une zone d'opacité, tracée comme je l'ai dit plus haut. La coïncidence fut absolue. Les mouvements respiratoires du diaphragme avaient une amplitude très diminuée du côté affecté par rapport au côté sain.

Chez une autre malade amenée par M. le Dr Péry et atteinte de kyste hydatique, les résultats ont été encore plus nets. L'écran radioscopique a révélé l'existence d'une zone opaque ayant envahi le côté gauche du thorax et laissant, aussi bien sur le bord externe que du côté de la colonne vertébrale et au sommet, une mince bande très claire dans laquelle des ponctions avaient pu être faites sans amener trace de liquide. L'opacité de l'ombre, vue en arrière, et ses bords bien nets ont prouvé que le kyste siégeait beaucoup plus près de la région postérieure du thorax que de la partie antérieure, ce que vérifiait la percussion. Ici encore la radioscopie, tout en permettant une précision beaucoup plus grande, a été absolument d'accord avec les autres moyens cliniques d'exploration.

Sur un tube de Crookes pour dynamos à courants alternatifs. — MM. Oudin et Barthélemy. L'utilisation directe des alternateurs et des transformateurs industriels pour la radioscopie et la radiographie présente cet inconvénient capital que leur courant, de forme à peu près sinusoïdale, ne donne pas de polarité fixe comme la bobine de Ruhmkorff; et que, par conséquent, dans une ampoule de Crookes, chacune des deux électrodes devient alternativement cathode et anode, qu'on n'a pas de foyer défini et que les images ne présentent aucune netteté.

Pour tourner cette difficulté, on a imaginé différentes formes d'ampoules avec lesquelles on a toujours cherché à utiliser la totalité de l'énergie formée par la source d'électricité alternative. Ceci entraînait fatalement l'asymétrie des électrodes et la formation de foyers parasites nuisibles à la netteté de la radiographie.

Nous avons pu éviter ces inconvénients en reliant les fils conducteurs à deux électrodes concaves en aluminium placées en face l'une de l'autre aux extrémités du tube, de telle sorte que leurs foyers coïncident en un point central. A ce point est placée une lame de platine inclinée de 45° sur la ligne axiale et symétriquement par rapport à chacun des miroirs concaves. Quand l'un des miroirs agit comme cathode, il envoie la totalité de ses rayons sur cette lame qui les réfléchit sur un des hémisphères de l'ampoule; et de même pour l'autre.

Dans ces conditions, nous n'utilisons qu'une alternance par période, mais étant donné le nombre minimum de périodes des alternateurs industriels, qui est de 40 à 100, cela suffit amplement pour assurer à la lumière la fixité parfaite indispensable à la radioscopie.

La même ampoule nous a donné, comme cela devait être, de très bons résultats avec les courants de haute fréquence fournis par le dispositif de Tesla ou de d'Arsonval.

La lame de platine doit avoir une surface plus grande que celle des miroirs, de façon à arrêter tous les rayons cathodiques envoyés par chacun d'eux. Sans cette précaution, les rayons qui passeraient à côté d'elle ne manqueraient pas, étant données les hautes intensités que les alternateurs permettent d'utiliser, de chauffer et de fondre le miroir d'aluminium placé en face.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1897. — Présidence de M. Caventou

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. G. Richelot et Schwartz dans la section de médecine opératoire.

M. Hervieux, président sortant, expose les travaux de l'Académie et les progrès de l'art de guérir pendant l'année 1896.

M. Caventou, le nouveau président, remercie l'Académie et le bureau sortant; il invite M. Jaccoud à prendre place au fauteuil du vice-président.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (2e division). Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Démosthen (de Bucharest); en 2e ligne, M. Jacques Reverdin (de Genève); en 3e ligne *ex æquo*, MM. Guimaraès, de Rio-Janeiro; Neuguebauer, de Varsovie, Rampoldi, de Pavie; Zancarol, d'Alexandrie.

Pour la première place, sur 71 votants, majorité 36, M. Démosthen est élu par 48 voix contre 18 à M. Reverdin, 2 à M. Neuguebauer et 3 bulletins blancs.

Pour la seconde place, sur 61 votants, majorité 31, M. Reverdin est élu par 60 voix : il y a un bulletin blanc.

Traumatisme du rachis. — M. Auffret (de Brest) lit un nouveau mémoire sur les lésions d'origine traumatique et d'origine tuberculeuse intéressant le rachis.

Arroche. — M. Laveran lit un rapport sur un mémoire envoyé par M. Matignon, médecin de la légation française à Pékin, relatif à l'intoxication par l'arroche.

Extirpation totale de la vessie pour une tumeur diffuse de cette cavité. — M. Tuffier rapporte une observation.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Prunier sur les candidats à la place de titulaire dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Seance du 26 déc. Prés. de M. Ladreit de Lacharrière.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels et en outre: *Le Génie moderne. Le Petit Moniteur universel* (n° du 20 déc.).

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Frenkel, posant sa candidature au titre de membre associé résidant. Lettre de M. Leudet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. Lettre de M. le prof. Tarnowsky, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger.

Sur la propositon de M. le président, la Société décide que le banquet annuel aura lieu le samedi 9 janvier. La commission d'organisation du Banquet est composée de : MM. Duroziez, Dubuc, Brossard et Mouzon. Une feuille de souscription est immédiatement soumise à la signature des membres présents.

Kystes et fibrômes de l'utérus et du ligament large. — M. Sibut (présentation d'une pièce) (*Sera publié*).

M. Voisin rappelle un rapport qu'il a fait à la Société sur la même question vers 1860.

M. Jullien. Permettez-moi d'insister sur l'intérêt tout à fait exceptionnel de cette pièce pathologique. Je ne m'occupe pas de savoir s'il y a ou non de la tuberculose dans le foyer ovarien, je n'envisage que les lésions telles que nous pouvons les reconnaître au palper, au toucher et à l'œil nu, telles que nous les avons rencontrées à l'amphithéâtre. Ce n'était pas en effet une femme de notre service, que nous avions pu observer de son vivant. Il s'agissait d'une de ces malheureuses qui battues par tous les hasards de la vie galante viennent demander asile à nos vieilles bâtisses, car les prostituées malades ou hors d'âge sont toujours sûres de trouver à Saint-Lazare un abri et un refuge.

Nous nous trouvons en face d'un cadavre, notre examen se fait avec la plus grande facilité, il n'y a pas d'obstacle opposé par les muscles abdominaux, aucun ménagement ne nous est imposé dans notre investigation, et que nous apprend le toucher? A gauche et à droite, une masse volumineuse et indurée, dure ici parce qu'il y a un fibrôme gros comme un petit œuf, et là parce que l'ovaire est constitué par un kyste dont les parois sont extrêmement tendues. Il est certain que si les organes avaient été disséqués, séparés les uns des autres comme l'a fait l'habile scalpel de M. Sibut, l'appréciation aurait eu chance de s'approcher de la vérité, mais songez que ces masses annexielles se trouvaient englobées dans la gangue des exsudats, noyées dans les fausses membranes, ratatinées, tiraillées par les adhérences. Dans ces conditions notre diagnostic restait forcément inexact, nous trouvons de grosses masses latérales, et nous concluons à l'existence de foyers salpyngiens, probablement purulents, existant de longue date, et peut-être ramenés à l'état d'abcès résiduaux. Je sais bien que sur le vivant, nous aurions été renseignés par tout un ordre de symptômes subjectifs, dont il aurait bien fallu tenir compte, et qui peut-être auraient orienté notre jugement, mais on sait combien les sensations accusées par les malades sont parfois trompeuses. Il est bien regrettable qu'au lieu d'un corps inanimé provenant d'une salle d'hospitalisation nous n'ayons pas eu affaire à une malade régulière ayant observation complète prise de son vivant; il eût été fort intéressant de comparer l'examen clinique avec les révélations de l'amphithéâtre.

Si le diagnostic offre de l'intérêt, il n'est pas moins curieux de se demander ce qu'aurait fait la chirurgie appelée à prendre une détermination en face de ces graves lésions. Peut être la malade ne souffrait-elle pas, mais je n'ai pas besoin de dire que bien des chirurgiens, interventionistes quand même, auraient considéré de leur devoir de faire disparaître ces foyers, dont, étant admis leur contenu purulent il est inutile de se dissimuler le danger. Les arguments n'eussent pas manqué, si l'état général l'eût permis, pour justifier le rôle du bistouri.

On a beaucoup discuté dans ces derniers temps, et l'on discutera longtemps encore sur le genre d'opération le mieux approprié aux lésions de l'utérus et de ses annexes. Je suis loin de contester que l'on ne puisse établir de très justes indications des 3 méthodes principales : ponction vaginale suivant la formule de Laroyenne, hystérectomie vaginale et laparotomie. Mais il faut reconnaître que chaque opérateur se trouve porté naturellement, par suite de tendance d'esprit ou d'habitude manuelle, à préconiser et à pratiquer plus ou moins exclusivement une d'entre elles, et je n'oserais dire que ce soit au détriment des malades, car il est de toute évidence qu'elles profitent en pareil cas d'une expérience et d'une habileté consommées, et que le même bon résultat peut être atteint par les voies les plus différentes.

Je suppose qu'on ait employé l'hystérotome de Laroyenne; le trocart pénétrant dans l'ovaire kystique l'eût vidé, et son introduction dans le fibrôme aurait fait constater un corps solide, considéré peut-être comme noyau de vieilles adhérences, ou cicatrices rétractées d'un ancien phlegmon. En tous cas l'intervention n'eût amené aucun méfait, lésé aucun organe, entraîné aucun choc opératoire, elle eût été inutile, voilà tout. Et c'est précisément un des avantages de la manière de faire préconisée par mon ancien maître de Lyon elle remplit au mieux l'indication *primò non nocere*; vous vous souvenez peut-être que je vous ai fait ici même la narration de deux faits importants dans lesquels, appelé pour ainsi dire *in extremis*, j'avais sauvé la vie de mes malades en débridant le cul de sac postérieur. Ce qui est facile en face de volumineux foyers est encore possible quand il s'agit de petites poches qu'avec un trocart bien manié on va chercher en les points du petit bassin où elles se cachent. C'est donc, je tiens à le répéter, une méthode éminemment recommandable pour son efficacité et son innocuité.

L'hystérectomie vaginale était vraiment une intervention disproportionnée pour les fibromes aberrants et l'ovaire kystique que vous avez devant les yeux. Et je tiens qu'elle eût été particulièrement difficile dans ce cas, si l'opérateur avait voulu s'acharner à enlever le fibrome situé à l'extrémité externe de l'appareil génital. Pour des salpyngites, l'hystérectomie était licite, mais elle devenait difficile à justifier pour le cas présent. J'ajoute que la gangue phlegmoneuse qui englobait les viscères n'était pas pour faciliter l'abaissement et la libération du corps utérin.

La laparotomie eût été plus regrettable encore, en ce sens qu'elle expose à des risques plus grands. Cependant il faut reconnaître qu'elle eût permis dans les premiers temps de l'opération, surtout avec l'aide du plan incliné, l'établissement du diagnostic approximatif, et la limitation de l'intervention à sa juste importance.

M. Polaillon pense aussi le plus grand bien de l'opération préconisée par M Laroyenne, et il l'a pratiquée nombre de fois; mais il ne peut taire un cas dans lequel elle eut un résultat malheureux.

L'hémorrhagie du début avait été arrêtée par l'éponge, et tout allait bien; malheureusement l'éponge ayant été enlevée le 5e jour, l'écoulement de sang reparut, et la petite plaie s'infectant, l'hémorrhagie continua au point d'entraîner la mort de la malade.

Il faut donc avoir soin de laisser l'éponge en place fort longtemps.

En ce qui concerne l'existence des fibrômes chez cette malade, elle n'eût point fatalement conduit à l'opération. Il faut réserver les interventions aux fibrômes compliqués, à ceux par exemple qui entraînent d'abondantes hémorrhagies mettant la vie des malades en danger.

M. Jullien. — Dans l'examen de cette pièce, tout est à considérer, le fibrôme qui est peut-être le résultat de la

rétraction d'une tumeur beaucoup plus considérable ayant subi un processus d'involution, pouvant avoir aussi son point d'attache dans la fibre utérine, se pédiculisant et s'acheminant sous le péritoine jusqu'à la place où nous le voyons. La malade porte d'ailleurs d'autres fibromes liés encore au corps de l'utérus et qui auraient pu donner lieu à ces hémorragies que M. Polaillon vient de nous donner comme une indication d'opérer. J'avoue ne pas partager absolument cette manière de voir, car j'ai été témoin des beaux résultats obtenus en pareil cas par l'électricité. L'électrolyse intra-utérine, que notre excellent collègue Apostoli a popularisée avec tant de talent dans le traitement de ces néoplasmes, est passible encore de pas mal d'objections, mais ce qu'on ne peut lui dénier c'est le pouvoir d'arrêter, par quel mécanisme, je n'en sais rien, les pertes de sang qui rendent parfois si grave, si dramatique même, l'évolution de cette maladie. Sous ce rapport elle n'est pas à comparer aux injections interstitielles d'ergotine, que j'ai vu employer jadis par M. Verneuil, lorsque j'étais son chef de clinique. Il est vrai que Delore qui les avait préconisées le premier, voyait surtout là un moyen d'amener par contraction des fibres du myôme une diminution de volume de la tumeur, mais l'idée théorique qui avait conduit le chirurgien lyonnais à cette conception est loin d'avoir obtenu la confirmation de la pratique.

Je suis très heureux de voir l'opération de Laroyenne défendue aussi par M. Polaillon. Certainement elle n'est à l'abri ni de chances d'erreur, ni de quelque danger, et le cas de l'hémorrhagie si redoutable dont notre collègue nous a entretenu s'impose à nos réflexions. Toutefois je relèverai un point de ce récit. Le foyer infecté, fut, a dit M. Polaillois, la cause de l'hémorrhagie renaissante et incoercible. Je crois que perte de sang ne veut pas toujours dire infection, et je citerai un exemple probant. Chez un malade auquel j'avais excisé un chancre de la rainure balano-prepu trale, j'avais oblitéré par la suture une artériole très saignante pendant l'opération. J'enlève les fils au 4e jour, il n'y avait pas une goutte de pus, la réunion était parfaite, sauf en un point, et quand j'explorai ce point, un jet de sang me jaillit à la figure, l'occlusion du vaisseau n'avait donc pas été obtenu, malgré la très correcte asepsie du petit champ opératoire.

Dans un foyer non réuni comme celui des trompes débridées une pareille condition peut être cause d'hémorrhagies. Voilà pourquoi Laroyenne insiste avec beaucoup de raison sur la position de l'éponge qu'il faut placer au contact de la plaie, et qui doit être à cheval sur l'orifice, en forme de sablier partie au dehors et partie au dedans.

J'ai parlé des erreurs auxquels on peut parfois se laisser prendre. Laissez-moi vous en donner un exemple. Une femme de mon service présentait des phénomènes graves de salpyngite, avec une température très élevée. Percevant une poche fluctuante et saillante dans le vagin, je n'hésitai pas à y plonger le trocart du chirurgien lyonnais, mais à mon grand étonnement, au lieu du pus que j'attendais, je vis s'échapper un sérum citrin d'une parfaite limpidité; après en avoir recueilli près de 200 grammes, je retirai l'instrument pensant avoir pénétré dans un kyste ovarique enflammé. Mais il n'en était rien, les phénomènes fébriles continuèrent et la laparotomie dut être pratiquée. Ce liquide très albumineux, qui se coagulait en masse emplissait une petite poche inflammatoire annexe qui n'était qu'une minime complication de l'affection principale réellement salpingienne et purulente. Mais c'est là une circonstance bien exceptionnelle, et une erreur possible d'interprétation n'est pas faite pour diminuer en quoi que ce soit notre confiance dans une méthode qui a brillamment et très utilement surtout fait ses preuves depuis bien des années.

En résumé, dans un cas difficile, et où je mets en fait que le diagnostic est un défi porté à notre pauvre investigation clinique, je retiens ce fait caractéristique que l'inoffensive opération de Laroyanne eût procuré le maximum de notions avec le minimum de danger.

M. Voisin, M. Polaillon fait allusion à des cas de fibromes indiquant une opération. Il y a des cas où la tumeur exerce une certaine compression sur les organes voisins et sur la vessie en particulier. Cette question me rappelle le cas d'une femme atteinte d'aliénation mentale et présentant trois kystes des annexes de l'utérus. L'opération amena la guérison en très peu de temps, et entraîna la guérison de l'aliénation mentale. Cette observation me paraît intéressante et utile à citer à la suite de cette discussion, et je demanderai à la Société de la développer dans une prochaine séance.

M. Dubuc se souvient d'avoir vu appliquer le procédé des injections d'ergotine dans certains cas de gros fibromes. C'était une petite opération assez simple, et ne donnant lieu en général à aucun accident.

M. le Président adresse à M. Sibut les remerciements de la Société pour son intéressante communication.

Les veines de la prostate. — M. Guépin (*sera publié*).

M. Duroziez demande à M. Guépin si un système veineux aussi important de la prostate ne doit pas indiquer des complications prostatiques dans certaines maladies du cœur.

M. Guépin n'a pas étudié la question à ce point de vue, mais il est certain que tout ce qui trouble la circulation du petit bassin a une influence importante sur la prostate.

M. Dubuc s'étonne que M. Guépin signale une vascularisation inappréciable de la base de la prostate. Cependant le cathétérisme amène souvent des accidents hémorrhagiques, indiquant une vascularisation importante de ce côté. M. Dubuc soigne en ce moment un prostatique qui se sonde lui même, et qui se fait saigner chaque fois, les vaisseaux doivent donc abonder autant au niveau de la base que dans les lobes latéraux.

M. Jullien. Les recherches de notre collègue font ressortir avec raison l'importance des veines prostatiques sur lesquelles avait tant insisté Desault. On se rappelle que cet auteur décrivit un *engorgement variqueux* de la prostate, il ajoutait même : « Ce gonflement présente les mêmes variétés que les tumeurs hémorrhoïdaires avec lesquelles il a beaucoup d'analogie et qui le compliquent très fréquemment ». De nos jours la question fut reprise à ce point de vue par Daniel Mollière, qui reconnut l'extrême dilatation des plexus sous l'influence de l'injection, nota leur prédominance dans les enveloppes de la glande et la similitude des nodosités saillantes du col avec les hémorrhoïdes. En 1880, dans un article du *Dictionnaire de Médecine pratique*, j'eus l'occasion d'appuyer énergiquement l'opinion de Desault « je demande, disais-je alors, si Desault n'était pas cent fois plus clairvoyant que certains de nos auteurs mo-

dernes, lorsqu'il écrivait que la tuméfaction de la prostate peut dépendre des pierres formées en sa substance, du gonflement variqueux des vaisseaux qui la parcourent, de l'engorgement et de l'induration squirrheuse. Je défie qu'en rejetant un des termes de cette trilogie, on puisse rester d'accord avec la clinique. Expliquer la soudaineté de certains accidents sans invoquer l'influence des troubles circulatoires est une impossibilité ». C'est en effet dans cette notion que nous trouvons l'explication des retentions subites produites par un excès génital, un écart de régime, et qu'un bain tiède et le repos font souvent disparaître. Remercions donc M. Guépin des très intéressants détails qu'il vient de nous donner.

M. Guépin admet, comme M. Dubuc, la vascularisation importante de toute la prostate ; il a seulement dit que la face postérieure ne présente pas de branche veineuse appréciable.

Il est également en parfait accord avec M. Jullien, et ne met nullement en doute les états congestifs de l'organe.

Election. — M. Morau est nommé à l'unanimité membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier. — Présidence de M. Ch. Monod.

M. Auvray lit une **Etude expérimentale sur la résection du foie chez les animaux.**

Coup de feu à blanc de carabine Lebel. — Plaie de l'abdomen. Laparotomie. Guérison. — M. Michaux lit un rapport sur une observation de M. Chupin. Il s'agissait d'un cavalier s'étant tiré un coup de carabine Lebel à blanc au niveau du flanc droit. Il existait une fracture de l'os iliaque. La plaie est infiltrée de carton et de bavure. On fait une laparotomie qui ne montre aucune plaie de l'intestin. On referme et tout guérit. Je ne puis qu'approuver la prompte décision qui a conduit M. Chupin à pratiquer la laparotomie, et malgré l'absence des lésions intestinales, l'existence de la fracture de l'iliaque, avec plaie, légitimait suffisamment cette intervention qui fut suivie des plus heureux résultats.

Je ne saurais trop montrer avec M. Chupin les grands désordres qui peuvent résulter de coups de feu tirés à blanc.

M. Robert. Les expériences de M. Chupin avec les coups de feu à blanc ont été souvent répétées par les médecins militaires. La vitesse initiale du carton durci qui sert de balle dans ces cartouches, est de 700 mètres à la seconde. Pour que cette balle de carton ait une projection suffisante, il faut une poudre spéciale. Les tissus peuvent être traversés dans une grande profondeur. Ces balles de carton sur des planches de sapins produisent des déchirures absolument analogues à celles que produit la dynamite

De là, la recommandation aux hommes de ne pas s'approcher à plus de 50 centimètres, ou même un mètre dans le cas de manœuvres — ou l'on ne se sert pas de balles de carton — étant donnée la gravité de ces coups de feu à blanc dans les exercices.

M. Delorme. L'administration militaire a très légitimement prévu le fait, en limitant la distance à laquelle les hommes pourront s'approcher sans danger.

Anévrysme cirsoïde de la région temporale. — M. Nélaton. J'avais depuis longtemps à faire un rapport sur une observation de Roux (de Brignoles), parce que ce mémoire bat en brèche une observation et une théorie que nous a présentées M. Terrier. Celui-ci tendait à démontrer que ces dilatations étaient analogues aux anévrysmes artério-veineux. M. Roux, de Brignoles, tend à revenir à la théorie nerveuse ; il n'a pas contesté ni vérifié la communication artério-veineuse que soutient M. Terrier. De là une thérapeutique différente. Voyons le fait. Le malade présentait une tumeur qui s'était développée progressivement en 16 ans. Bruit de rouet, expansion, etc. Les hémorrhagies surviennent en 1854. M. Roux constate les dilatations au-devant de la région, auriculaire, malaire et sus-orbitaire. De plus sur le côté gauche existait une dilatation type, mais petite à côté du côté droit. A l'auscultation de l'œil on entendait un souffle à renforcement. On fait l'ablation de la tumeur droite après ligature de la carotide externe droite. Affaissement de la dilatation serpentine et guérison. Mais au bout de 4 mois, dilatation du côté gauche, plus grosse que n'était le droit avant l'ablation de la tumeur.

Après examen de la pièce on ne trouve pas de lésions ni communications veineuses, seulement de l'endartérite, donc celle-ci est la cause naturelle.

Si on admet une maladie sur le réseau capillaire de la face, comment expliquer la guérison de la moitié droite de la droite, après ablation de la petite tumeur? M. Roux ajoutera que la ligature de la carotide externe a amené cette guérison. Il faut aussi se demander comment il se fait qu'il y a une dilatation veineuse à droite, même quand le côté gauche reste guéri.

Je ne peux que dire qu'il existe là des phénomènes physiologiques sur lesquels il est impossible de se prononcer.

Quant à la thérapeutique, je crois que quelque soit la théorie, on pourra se contenter d'enlever la tumeur cirsoïde, pour voir ultérieurement s'affaiser les dilatations serpentines.

M. Quénu. C'est par le hasard d'une coupe histologique que M. Terrier et moi nous avons découvert la communication entre les artères et les veines dans l'anévrisme cirsoïde. Mais il n'en résulte pas, comme semble le dire naïvement M. Roux, de Brignoles, que nous ayons voulu dire que dans tous les cas cette anastomose artério-veineuse, par capillarité, puisse se trouver à l'origine de tout anévrisme cirsoïde.

Luxation de l'extrémité supérieure du radius, avec fracture du cubitus. — Résection de cette extrémité. Guérison avec retour des mouvements. — M. Shwartz fait un rapport sur une observation envoyée par M. Chevassu.

Fracture de jambe compliquée de plaie. — Pseudarthrose après 8 mois d'immobilisation et ankylose du genou. Résection du corps fibreux, dont les fragments étaient appliqués en biseau. Fixation au fil d'argent. Actuellement, 17 mois après l'intervention, le blessé marche avec une jambe parfaitement consolidée. Rapport de M. Picqué sur une observation de M. Ferraton.

Anévrysme faux primitif de la partie supérieure de la

jambe et du creux poplité, suite de coup de tranchet. Incision après application de bande d'Esmaretz. Impossibilité d'arrêter l'hémorrhagie par la ligature et on place un tamponnement avec l'amadou. Le malade guérit cependant. Rapport par M. PICQUÉ sur une observation de M. HARTMANN.

F. VERCHÈRE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le traitement des prolapsus génitaux

Par M. le Dr G. BOUILLY (de Paris).

(*Suite et fin*) (1)

On doit porter le même jugement sur l'hystéropexie. Appliquée seule, elle paraît avoir trahi les espérances qu'elle avait données.

Laroyenne combine l'hystéropexie abdominale antérieure avec les opérations autoplastiques indiquées par chaque cas pour lui, cette combinaison réduit parfaitement le prolapsus et représente l'opération de choix dans la grande généralité des cas.

A coté de ces opérations portant soit sur l'utérus seul, soit sur l'utérus et le vagin, on peut signaler des tentatives plus complexes dans lesquelles on s'est proposé d'agir en même temps sur la vessie prolabée (Byford, Kirini), ces tentatives doivent être considérées comme tout à fait exceptionnelles et ne présentent guère qu'un intérêt de curiosité.

C'est encore dans le but de fixer l'utérus que Frommel a cherché, sans succès, à faire le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la laparotomie, et que Sanger a proposé la rétrofixation du col utérin, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac vaginal postérieur, et à oblitérer la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas. On lui a reproché avec raison le danger que présente la traversée des fils dans une région où le cul-de-sac de Douglas peut contenir de l'intestin et où le rectum peut-être intéressé. Dans ces derniers temps, Fehling a essayé d'appliquer à la cure du prolapsus vaginal l'hystéropexie vaginale par le procédé Dührssen-Mackenrodt.

B. *Amputation partielle de l'utérus et opérations plastiques.* — L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue, dans la cure des prolapsus génitaux, une indication opératoire de premier ordre ; en outre, l'hyperthrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe.

La combinaison d'une amputation partielle élevée du col avec les opérations plastiques vaginales représente la meilleure exécution des indications opératoires fournies par le prolapsus vagino-utérin avancé. C'est la pratique à laquelle nous nous sommes presque uniquement toujours arrêté, dans les cas en apparence les plus mauvais, et nos résultats sont égaux, sinon supérieurs, à tous ceux qu'on obtient par les procédés plus compliqués et infiniment plus graves de l'hystéropexie ou de l'hystérectomie.

Westermarck ajoute à l'amputation du col deux cols porrhaphies latérales partant du haut du vagin, circonscrivant deux centimètres de tissu en haut, finissant à angle aigu en bas. Il termine par la périnéorrhaphie de Lawson-Tait. L'auteur a opéré 22 cas par ce procédé, et aurait obtenu de bons résultats dans tous les cas constatés même après des années.

A l'amputation élevée du col, précédée de la ligature de la base des ligaments larges, Folet (de Lille), ajoute la dissection des deux tiers supérieurs des parois vaginales non suivie de réunion et abandonnées à la cicatrisation par seconde intention et termine par une colpopérinéorrhaphie d'après le procédé de Doléris. M. Chaput conseille de se contenter de l'extirpation supra-vaginale élevée du col utérin, avec résection large du vagin et colporrhaphie antérieure et postérieure. Il considère cette opération comme plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

C. L'hystérectomie pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années : Richelot, Terrillon, Goullioud, Pozzi, Quénu, Segond, Lejars, sont les premiers opérateurs qui aient fait cette variété d'hystérectomie. Mais la question n'a vraiment été mise au point que depuis l'importante discussion de la Société de chirurgie provoquée par la très intéressante communication de Quénu. Un autre travail de la plus haute valeur, publié par K. Ash, assistant de Fritsch (de Breslau), nous avait initiés à la pratique étrangère.

Il est résulté de toutes les discussions qu'en dehors de lésion avérée de l'utérus ou des annexes, l'hystérectomie ne devait être proposée que chez la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception soit peu vraisemblable. Un fait a aussi été acquis dès le début, à savoir, que seule, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin, l'hystérectomie n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile. Il a donc été admis qu'il était absolument nécessaire de faire suivre l'hystérectomie des opérations plastiques vaginales.

Les indications de l'hystérectomie ont été très nettement posées par les divers opérateurs. Pour Quénu, c'est une bonne opération « contre le prolapsus total, chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ». Pozzi pense qu'il ne peut s'agir d'hystérectomie que si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles ont perdu droit de domicile. De même, à la clinique de Léopold (de Dresde), l'hystérectomie est pratiquée : 1° quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué; 2° dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou, au contraire dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent; 3° dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale ; 4° dans le prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes ; 5° quand il y a une complication de fibromes, de cancer.

J'ajoute aussi comme indication le cas où l'utérus, petit

(1) Voir *France Médicale*, n° 1 page 12.

atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause (Pozzi).

Les difficultés et la gravité opératoires sont en effet assez considérables : la dissection de la vessie peut être pénible ; les hémorrhagies peuvent être abondantes et dangereuses ; sur 55 cas, Hartmann et du Bouchet relèvent 5 cas de mort, 2 par péritonite, 1 par pyélo-néphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque. Le nombre aujourd'hui des décès est certainement plus considérable.

La technique opératoire diffère en plusieurs points de la technique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux autres lésions de l'utérus ou aux affections des annexes. La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale ; cette combinaison est réalisée par le procédé de Fritsch, décrit par R. Ash.

Tout récemment, M. Jacobs, de Bruxelles, découragé par les mauvais résultats fournis par les opérations plastiques et l'hystérectomie vaginale, suivie de la colpostricture, a imaginé une nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total, à laquelle il donne le nom de trachélopexie ligamentaire. Cette opération comprend : une cœliotomie ; 2° l'ablation de l'utérus ; 3° la trachélopexie proprement dite :

La première opération de M. Jacobs date du 14 janvier 1896 ; la dernière citée est du 11 avril dernier ; les résultats immédiats observés ont été très bons ; mais il est impossible de juger encore des résultats définitifs. L'importance de cette opération, sa gravité possible entre des mains moins habiles que celles de son auteur, l'incertitude actuelle des résultats éloignés, obligent encore aujourd'hui à une grande réserve dans l'appréciation de cette nouvelle opération.

Il serait intéressant de pouvoir donner une statistique des résultats fournis par les diverses méthodes et procédés opératoires. Malheureusement, il est impossible d'établir cette statistique d'une façon rigoureuse. Quelques chiffres peuvent pourtant donner une idée générale des résultats obtenus.

1° *Opérations plastiques.* — Martin (Traité de gynécologie, 1893) accuse d'excellents résultats obtenus soit par son procédé, soit par le procédé d'Hégar dans 85 p. 100 des cas. Landfried, sur 60 cas porte 47 guérisons et 13 récidives survenues après un temps plus ou moins long.

Dans une statistique importante d'opérations plastiques sur le vagin pratiquées à la clinique de Dresde, Munchmeyer, sur 180 femmes représentant 182 opérations, a pu observer les résultats éloignés sur 73 sujets et avoir des nouvelles de 66 autres. Sur 14 opérations portant sur la paroi vaginale antérieure seule, il compte 10 succès ; sur 55 portant sur la paroi postérieure seule, 46 guérisons ; dans les opérations ayant porté à la fois sur les parois antérieure et postérieure, sur 50 cas opérés en un seul temps, il compte 40 guérisons ; sur 20 cas opérés en deux temps 17 guérisons. Les malades sont tenus au lit le plus longtemps possible 24 jours en moyenne pour la colporrhaphie antérieure, 25 jours pour la postérieure ; 48 jours quand l'opération est faite en deux temps.

Niebergall, étudiant les opérations pratiquées à la clinique gynécologique de Bâle pour prolapsus de l'utérus, a rassemblé 50 cas de prolapsus traités par la colporrhaphie antérieure simple ; dans presque tous les cas, la colporrhaphie a été précédée d'une amputation du col. De toutes ces opérées, 70 p. 100 à peu près ont été revues. La colporrhaphie double antérieure a donné 29 guérisons sur 34 opérées, soit 85, 29 p. 100 ; la colporrhaphie antérieure simple n'a donné que 28 guérisons sur 36 opérées, soit 77,77 p. 100 ; la moyenne est donc de 81,5 p. 100 pour les cas revus.

J'ai moi-même, jusqu'au 1er janvier 1896, exécuté 231 opérations plastiques sur le vagin et le périnée. Sans pouvoir donner les chiffres exacts des résultats, je puis, d'après ce nombre d'opérations personnelles, fournir quelques considérations thérapeutiques intéressantes.

Les meilleurs résultats sont fournis par la réparation des déchirures complètes du périnée, alors même qu'elles s'accompagnent de rectocèle et de cystocèle accentuées. L'apparente contradiction de ces faits trouve son explication dans ces circonstances que : 1° les femmes atteintes de déchirure complète, et tourmentées par les graves inconvénients qui en résultent, se font en général opérer avant que le prolapsus vaginal et utérin ait eu le temps de se produire ou de se prononcer ; 2° que beaucoup de femmes à déchirures complètes ont des tissus solides et résistants qui permettent aux organes de rester en place, malgré la brèche périnéale.

Les meilleurs résultats sont ensuite fournis par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col, bien qu'il s'agisse dans ces cas de prolapsus très avancés ou complets.

Pour la colporrhaphie antérieure et postérieure et les colpopérinéorrhaphies, les succès éloignés, suffisants au point de vue fonctionnel, peuvent être estimés à 90 p. 100.

Au point de vue de la forme antérieure, c'est-à-dire de la reconstitution de la hauteur totale du périnée, de la fourchette, de l'absence complète d'une légère saillie de la paroi antérieure au moment de l'effort, on peut évaluer les résultats définitifs à 75 à 80 p. 100. Mais il est important de faire remarquer que malgré ces imperfections de la forme, le résultat utile est atteint lorsque les parois vaginales sont en contact derrière le périnée. Ces imperfections tiennent soit à un mauvais détail de technique, au défaut de hauteur dans l'avivement latéral, soit à une mauvaise réunion de la suture, soit à sa désunion dans les quelques jours qui succèdent à l'ablation des fils.

2° *Hystéropexie ; vagino-fixation.* — Raühüt, sur 55 hystéropexies pratiquées par différents opérateurs contre des prolapsus utéro-vaginaux, relève 3 morts, c'est-à-dire 5,4 p. 100. Sur 50 cas revus, on a observé 19 p. 100 de récidives, 15 p. 100 d'améliorations, 60 p. 100 de guérisons.

Il n'est guère possible de juger encore des résultats fournis par la vagino-fixation de Dührssen-Mackenrodt, appliquée au traitement du prolapsus. Fehling l'a pratiquée 11 fois dans des cas graves ; il a pu se convaincre que l'opération était longue et laborieuse, s'accompagnait d'une perte de sang abondante et ne pouvait être terminée que par une colporrhaphie antérieure simple et une périnéorrhaphie, la colporrhaphie antérieure double étant rendue

impossible par les manœuvres préalables.

3° *Hystérectomie.* — Dans ce même travail, Raühüt a rassemblé 137 cas d'extirpation totale de l'utérus contre le prolapsus, avec 14 morts, soit 10 p. 100 de mortalité, et les résultats suivants : 8,8 p. 100 de récidive, 15,8 p. 100 d'amélioration notable, 14,4 p. 100 de guérison complète.

VARIÉTÉS

Les médecins de nuit

Les médecins occupent cette semaine encore l'attention de la presse politique ; cette fois nous figurons sous cette rubrique lugubre « Les médecins de nuit ». « Médecins de nuit », « Oiseaux de nuit », on croit voir ces animaux rapaces ramper seuls la nuit dans les rues peu éclairées et peu sûres, cherchant avidement leur proie, nouveaux-nés à faire geindre ou moribonds à achever, et poussant sourdement l'horrible cri de la chouette ou de l'orfraie.

Il y a en effet une question des médecins de nuit et la voici. Il y a une vingtaine d'années fut installé, dans la ville de Paris, un service médical de nuit fonctionnant entre 10 heures du soir et 6 heures du matin, et destiné à fournir immédiatement un médecin aux malades qui en feraient la demande. Les médecins qui désiraient assurer ce service furent invités à se faire inscrire au poste de police de leur quartier. Si une personne tombe malade la nuit, on s'adresse au poste de police ; un sergent de ville va chercher l'un des médecins inscrits, l'accompagne chez le malade, l'attend, le ramène chez lui et lui remet un bon de 10 francs. Cette somme est ensuite touchée à la préfecture de police. L'administration cherche à se faire rembourser quand le malade est solvable, elle endosse la dépense quand le malade est un indigent avéré.

Cela se passait ainsi jusqu'au 31 décembre dernier, mais ce service entraînait pour les finances de la ville une dépense de plus en plus considérable. Voici d'ailleurs un extrait du rapport présenté au Conseil municipal, sur le service des médecins de nuit, par M. Edmond Gibert.

Après avoir établi que, pour l'année 1895, ce service a coûté 141,106 fr. 15, le rapporteur conclut :

« Les services médicaux et pharmaceutiques de nuit sont très appréciés de la population parisienne et nous le voyons bien par l'augmentation constante du nombre des visites ; mais, malheureusement pour le budget de la ville de Paris, la plupart de ces malades considèrent que ce service leur est dû gratuitement. Aussi nous avions cherché dès l'année dernière le moyen d'augmenter autant que possible les recettes et surtout de diminuer les dépenses.

Nous avions proposé de faire remettre aux trente-quatre percepteurs des contributions des divers quartiers de Paris les états de recouvrement à réaliser.

Nous disions qu'aucun agent n'est plus à même de connaître la solvabilité des débiteurs ; ils connaissent mieux que qui que ce soit les contribuables de leur quartier surtout ceux qui ont un loyer annuel supérieur à 500 francs, et peuvent agir en conséquence.

Au point de vue de la dépense, nous formions le vœu suivant :

De supprimer le prix de la visite de nuit de 10 francs, qui a pour conséquence une augmentation constante chaque année : 110,000 francs en 1890, 127,000 francs en 1894, 141,000 francs en 1895, et qui ne sera pas moindre de 145,000 en 1896.

La nouvelle organisation consistait à confier aux médecins des bureaux de bienfaisance les visites de nuit moyennant une indemnité annuelle fixe de 600 francs.

Cette proposition faite à votre commission avait été acceptée et votée par le Conseil municipal.

La préfecture de police et M. Courbet, receveur municipal, n'avaient fait aucune objection et se mettaient en mesure de réaliser cette réforme.

Nous ne savons par suite de quelle complication administrative, conflit de pouvoir, indifférence ou mauvais vouloir, le nouvel ordre de choses n'a pu être établi.

Aujourd'hui, à la suite d'un travail étudié, nous pouvons vous fournir des chiffres précis :

135 médecins sont nécessaires pour assurer le service, qui, à raison d'une rémunération de 600 francs par an, coûteront 81,000 francs.

Les médecins sont choisis de préférence parmi ceux des bureaux de bienfaisance, mais pas exclusivement, parce qu'il est nécessaire que le médecin de nuit habite le quartier pour lequel il est désigné.

Or, dans le quartier de Charonne, par exemple, il n'y en a qu'un seul qui l'habite qui soit du bureau de bienfaisance, et il en faut sept pour assurer le service de nuit.

Dans les quartiers Saint-Fargeau, du Pont-de-Flandre, des Bassins, de Javel, du Bel-Air, de Picpus, des Champs-Elysées, du Gros-Caillou, du Jardin-des-Plantes, Sainte-Avoie, Vivienne, Gaillon, aucun n'habite le quartier pour lequel ils sont nommés.

Pour nous résumer, nous ne pouvons que préjuger des remboursements du service de nuit par les receveurs des contributions, mais un résultat certain, auquel nous arriverons avec le nouveau service, sera de faire descendre les dépenses de 145,000 francs à une somme fixe de 81,000 fr., plus 17,000 francs environ pour les accouchements, soit une économie nette de 45,000 francs. »

Le service ainsi modifié fonctionne depuis le 1er janvier, incomplètement puisqu'il est certains quartiers dans lesquels on n'a pu trouver aucun médecin pour assurer le service. Voici d'autre part la lettre adressée au préfet de police par les quatre médecins qui dans le quartier de la Roquette avaient primitivement accepté cette fonction :

« Monsieur le préfet de police,

En acceptant de faire pour le prix dérisoire de 600 francs par an le service médical de nuit, nous étions loin de penser que le nombre de médecins qui assurerait le service serait aussi restreint. Il est matériellement impossible à quatre seulement d'entre nous d'assurer tous les jours des soins d'urgence à une population de près de 73,000 habitants et qui est disséminée sur une surface de 117 hectares.

Si vous voulez faire la statistique des malades qui ont recours à nos soins, vous verrez que le mois dernier il y a eu soixante-quinze appels de nuit qui, au taux de deux cents francs par mois, nous remettraient la visite à un peu moins de trois francs.

La préfecture aurait-elle la prétention de nous demander de faire pour le même prix les accouchements qui se pré-

senteront ? C'est ce qui semble ressortir du laconisme de la circulaire qui vient de nous être envoyée.

Nous ne demandons certes pas mieux que d'être dévoués à une population qui sait nous apprécier, mais il nous serait impossible, si nous acceptions de signer l'engagement que vous nous proposez, de satisfair aux exigences tout aussi légitimes de notre clientèle privée.

Nous sommes certains que la commission du budget du Conseil municipal n'a pas suffisamment étudié cette question de la réorganisation du service médical de nuit, car, soucieuse des intérêts et de la santé d'un corps qui a le droit de compter au nombre des corps d'élite, elle se refuserait à priver d'une façon journalière, d'un sommeil trop justement réparateur, des médecins déjà surmenés par les fatigues du jour, et elle aurait honte de les exposer pour le prix dérisoire d'un peu plus de deux francs aux intempéries nocturnes si funestes en hiver. Aussi bien peut-on dans le budget faire d'autres économies bien plus utiles.

Dans ces conditions, monsieur le préfet, il nous est impossible d'adhérer à votre demande et nous croyons, sans vouloir vous donner le conseil, que le mieux est de laisser les choses en l'état où elles sont.

Nous tenons à vous prévenir qu'à partir de ce soir nous ne pourrons assurer ce service que dans les conditions du passé.

Agréez, etc.

Dr Bellangé, Dr Dambax, Dr Herck, Dr Droubaix. »

Il semble quelque peu monstrueux et barbare de spéculer sur la pauvreté d'un certain nombre de médecins et de leur demander d'assurer, pour cette médiocre somme de 600 francs par an, un service qui les met dans l'obligation de rester chez eux toutes les nuits à partir de 10 heures du soir et de livrer leur repos et leur sommeil à la merci de malades quelquefois imaginaires et d'autant moins scrupuleux que ce dérangement n'entraîne pour eux-mêmes aucune dépense.

Nous n'avons point l'intention d'affirmer que le service tel qu'il fonctionnait auparavant était à l'abri de tout reproche. Qu'il y ait eu des abus, cela paraît certain, mais l'administration, au lieu de se donner la peine de chercher à réprimer ces abus, ce qui aurait sans doute été possible, préfère tomber simplement sur les médecins. C'est assurément moins honnête, mais plus facile et mieux à sa portée.

A. Chevallereau.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers, le Dr Montané, médecin de la Société française de bienfaisance de la Havane ; le Dr Garnier, médecin principal du corps de santé des Colonies ; le Dr Lepage, médecin de 1re classe du corps de santé des Colonies ; le Dr Jacob de Cordenay, médecin de l'hopital de Saint-Benoît (Réunion) ; le Dr Léger, de la Guadeloupe.

Distinctions universitaires. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Deroyer (de Fougères), Cazaux (d'Oloron), Juppé (d'Arudy), Veilleau, professeur à l'Association des dames françaises ; Vollier (de Paris), Montignac (de Paris), Allary (de Leucate), Armet (de Salèles d'Aude), Bellissent (de Sigean).

Le banquet de M. Huchard, offert par ses élèves et amis à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de médecine, aura lieu le mardi 26 janvier 1897 (restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Elysées), à 7 heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Potain, membre de l'Institut.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 16 janvier, au plus tard, chez M. Baillet, interne à l'hôpital Necker. Le prix de la cotisation est de 20 francs.

La mortalité à Paris. — Pendant la 53e semaine, du 27 décembre 1896 au 2 janvier 1897 le service de la statistique a compté 970 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 951 et à la moyenne 960.

Les maladies épidémiques augmentent (32 au lieu de 18 et de la moyenne 45), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 1 et de la moyenne 7, la scarlatine 1 au lieu de 4 et de la moyenne 2, la rougeole 6, au lieu de 1 et de la moyenne 8, la coqueluche 8 au lieu de 4 et de la moyenne 6, la diphtérie 8 au lieu de 8 et de la moyenne 21.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 6 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 19 décès au-dessous de 1 an au lieu de 26 et de la moyenne 32.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 135 décès (au lieu de 140 pendant la semaine précédente et au lieu de 150, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 24 décès (au lieu de la moyenne 30) ; bronchite chronique, 24 décès (au lieu de la moyenne 35) ; broncho-pneumonie, 45 décès (au lieu de la moyenne 43) ; pneumonie, 42 décès (au lieu de la moyenne 50). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 52 décès, dont sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 158 décès au lieu de la moyenne 187 ; la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la méningite simple, 22 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 81 décès, et les maladies organiques du cœur, 73 ; le cancer a fait périr 50 personnes. Enfin, 60 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 17 suicides, et 16 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 389 mariages.

On a enregistré la naissance de 1022 enfants vivants (517 garçons et 505 filles), dont 738 légitimes et 284 illégitimes. Parmi ces derniers, 42 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 230 enfants, dont 7 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 65 seront nourris au sein et 165 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 110 mort-nés (dont 81 légitimes et 29 illégitimes).

Nécrologie. — Le Dr Quinton (Paul), décédé à Paris, 71, avenue de Villiers, le 31 décembre. — Le Dr Puech (Albert), reçu en 1878, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chloroses, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.